

PROGRAMAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL ESTADO (FAMILY PACT PROGRAM) CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE (CEC)

Número de identificación del cliente

This form is the property of the State of California, California Department of Public Health, Office of Family Planning, and cannot be changed or altered.

Favor de responder todas las preguntas en LETRAS DE MOLDE. Las preguntas sobre el tamaño de su familia, sus ingresos y su seguro de salud son para determinar si es elegible para los servicios del Family PACT Program.

- Providers must keep a copy of this form in the client's medical record. (See PPBI, Client Eligibility Certification Form Completion Section for code determinations.)
- **Code areas are for Provider use only.**

¿Actualmente está recibiendo beneficios o servicios de Medi-Cal? Sí No

¿Tiene una Tarjeta de Identificación de Beneficios de Medi-Cal (BIC, por sus siglas en inglés)? Sí No

Número de BIC	Fecha de emisión
---------------	------------------

¿Tiene un seguro de salud que cubre los servicios de planificación familiar (Seguro privado, Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), el Plan de Atención Administrada (Managed Care), Seguro de Salud para Estudiantes, etc.)? Sí No

¿Es necesario mantener los servicios de planificación familiar que usted recibe confidencial de su compañero/a, esposo/a o padres? ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted si necesitamos comunicarnos con usted? Sí No
Confidencialidad

Provider Use Only—CODE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (Jr., Sr.)
--------	----------------	----------	-------------------

¿El nombre propio que está usando actualmente es el mismo nombre que le dieron cuando nació? **Si su respuesta es no**, escriba a continuación el nombre que le dieron cuando nació. Sí No

Nombre al nacer	Segundo nombre al nacer	Apellido al nacer	Sufijo (Jr., Sr.)
-----------------	-------------------------	-------------------	-------------------

Número de nacimientos vivos	Condado en que reside	Provider Use Only—CODE	Código postal
-----------------------------	-----------------------	------------------------	---------------

Sexo	Provider Use Only—CODE	Número del seguro social	Nombre de su madre
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Lugar de nacimiento (condado, si es California)	Provider Use Only—CODE	Estado (Si no es California)	Provider Use Only—CODE	País (si no es EE.UU.)	Provider Use Only—CODE
/ / _ _ _ _						

Raza/etnicidad

1 <input type="checkbox"/> Asiática	2 <input type="checkbox"/> Negra	3 <input type="checkbox"/> Filipina	4 <input type="checkbox"/> Hispana
5 <input type="checkbox"/> Indígena norteamericana	6 <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico	7 <input type="checkbox"/> Blanca	0 <input type="checkbox"/> Otra

Idioma Primario

1 <input type="checkbox"/> Armenio	2 <input type="checkbox"/> Cantonés	3 <input type="checkbox"/> Inglés	4 <input type="checkbox"/> Hmong	5 <input type="checkbox"/> Khmer/Camboyno
6 <input type="checkbox"/> Coreano	7 <input type="checkbox"/> Tagalog	8 <input type="checkbox"/> Español	9 <input type="checkbox"/> Vietnamita	0 <input type="checkbox"/> Otro

Esta información se utilizará para ver si está inscrito (registrado) en algún programa de salud del estado. La información también se utilizará para verificar los resultados de salud y para evaluar el programa. Su nombre no se revelará. Todas las personas tienen derecho a repasar la información personal mantenida por el proveedor, a menos que sea exento por el artículo 8 de la Ley de Prácticas de Información.

Favor de completar la información sobre su elegibilidad en el dorso de esta página.

